

告示番号		4		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3	
病名		2 後天性下垂体機能低下症							受付種別		☐ 新規		
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日											
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日							性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳 か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能							運動制限の必要性		なし ・ あり		
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴:[なし ・ あり] 思春期開始年齢:(歳 か月) 乳房発育 (女子のみ):[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢(発現時):(歳 か月) 陰毛発育 (男女共):[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢(発現時):(歳 か月) 外生殖器発達 (男子のみ):[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢(発現時):(歳 か月) 精巣容量:()mL											
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[なし ・ あり] ACTH分泌不全症:[なし ・ あり] TSH分泌不全症:[なし ・ あり] GH分泌不全症:[なし ・ あり] 中枢性尿崩症:[なし ・ あり]											
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下):[なし ・ あり] 全身倦怠感:[なし ・ あり] 易疲労性:[なし ・ あり] 食欲不振:[なし ・ あり] 体重増加不良:[なし ・ あり] 不活発:[なし ・ あり] 低血圧:[なし ・ あり] 口渇:[なし ・ あり] 多飲:[なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全:[なし ・ あり] 月経異常 (女子のみ):[なし ・ あり] 不妊 (女子のみ):[なし ・ あり] 乳房萎縮 (女子のみ):[なし ・ あり] 性欲低下 (男子のみ):[なし ・ あり] インポテンス (男子のみ):[なし ・ あり] 小陰茎 (男子のみ):[なし ・ あり] 陰毛腋毛の脱落:[なし ・ あり] 性器萎縮:[なし ・ あり] 耐寒性低下:[なし ・ あり] 症候性低血糖 (乳幼児):[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	停留精巣:[なし ・ あり] 部位:[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内] 尿道下裂:[なし ・ あり] 多尿:[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥:[なし ・ あり] 脱毛:[なし ・ あり]											
	精神・神経	意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群):[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他):()											
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴:[なし ・ あり] 思春期開始年齢:(歳 か月) 乳房発育 (女子のみ):[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢(発現時):(歳 か月) 陰毛発育 (男女共):[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢(発現時):(歳 か月) 外生殖器発達 (男子のみ):[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢(発現時):(歳 か月) 精巣容量:()mL											
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[なし ・ あり] ACTH分泌不全症:[なし ・ あり] TSH分泌不全症:[なし ・ あり] GH分泌不全症:[なし ・ あり] 中枢性尿崩症:[なし ・ あり]											
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下):[なし ・ あり] 全身倦怠感:[なし ・ あり] 易疲労性:[なし ・ あり] 食欲不振:[なし ・ あり] 体重増加不良:[なし ・ あり] 不活発:[なし ・ あり] 低血圧:[なし ・ あり] 口渇:[なし ・ あり] 多飲:[なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全:[なし ・ あり] 月経異常 (女子のみ):[なし ・ あり] 不妊 (女子のみ):[なし ・ あり] 乳房萎縮 (女子のみ):[なし ・ あり] 性欲低下 (男子のみ):[なし ・ あり] インポテンス (男子のみ):[なし ・ あり] 小陰茎 (男子のみ):[なし ・ あり] 陰毛腋毛の脱落:[なし ・ あり] 性器萎縮:[なし ・ あり] 耐寒性低下:[なし ・ あり] 症候性低血糖 (乳幼児):[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	停留精巣:[なし ・ あり] 部位:[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内] 尿道下裂:[なし ・ あり] 多尿:[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥:[なし ・ あり] 脱毛:[なし ・ あり]											
	精神・神経	意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群):[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他):()											
	検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載												
負荷試験		TRH分泌刺激試験:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) TSH基礎値:()μIU/mL TSH頂値:()μIU/mL TSH頂値:出現時間:()分											
		GnRH (LHRH) 負荷試験:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) LH基礎値:()mIU/mL LH頂値:()mIU/mL FSH基礎値:()mIU/mL FSH頂値:()mIU/mL											

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日